# TITRES

ET

# TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

**Dr H.-A. ALBERTIN**

Préparateur du Cours de Médecine opératoire,
Ancien Prosecteur à la Faculté de Médecine de Lyon

PARIS

BUREAUX DES *ARCHIVES PROVINCIALES DE CHIRURGIE*

14, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 14

—

1895

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

# I.

# CONCOURS ET NOMINATIONS

## SERVICES UNIVERSITAIRES

Chargé des fonctions d'aide d'anatomie à la Faculté de Médecine de Lyon (1884-1886).
Aide d'anatomie à la Faculté (Concours 1886).
Prosecteur à la Faculté (Concours 1887).
Lauréat de la Faculté (1er prix de thèse 1888).
Préparateur du Cours de Médecine opératoire (1890-1895).
Dix ans d'enseignement de l'anatomie et de la médecine opératoire comme aide d'anatomie, prosecteur et préparateur à la Faculté (1884-1895).

## SERVICES HOSPITALIERS

Externe des Hôpitaux (Concours 1881).
Interne des Hôpitaux (Concours 1883).
Médecin adjoint du Bureau de bienfaisance (Concours 1887).
Médecin titulaire du Bureau de bienfaisance (Concours 1889).
Chargé officiellement par l'Administration des hospices civils de Lyon de plusieurs suppléances en 1892, 1893, 1894 dans les services hospitaliers de chirurgie de MM. Maurice Pollosson chirurgien de l'Hôtel-Dieu, Levrat et Vincent chirurgiens de la Charité.

# II

# PUBLICATIONS

## TÊTE ET COU

1. — **Un cas de fracture indirecte de la bosse orbitaire gauche par éclatement.** (*Société des sciences médicales de Lyon* et *Province médicale. Octobre 1894*).

En pratiquant l'autopsie d'un suicidé par balle de révolver dans le crâne, mort dans le service de M. le Professeur Maurice Pollosson, nous avons trouvé une fracture indirecte de la bosse orbitaire de l'étage antérieur de la base du crâne du côté gauche.

La balle de révolver avait pénétré dans la région temporale droite, traversé les deux hémisphères, pour venir s'aplatir à la partie antéro-externe de la fosse sphénoïdale où elle avait produit une fracture par cause directe.

En faisant cette autopsie, nous voulions rechercher s'il n'existait pas de fracture indirecte de la boîte cranienne, nous souvenant d'une observation de fracture de la base par contre-coup qui a servi de point de départ à la thèse inaugurale de M. Malafosse, thèse inspirée par M. le professeur Poncet.

Nous avons dans notre cas, le cerveau étant enlevé, trouvé sur la bosse orbitaire gauche, à deux centimètres en dehors de l'apophyse crista-galli, une dépression de la dure-mère avec ecchymose légère. A ce niveau il existait un enfoncement d'un fragment osseux de forme irrégulièrement losangique, complètement détaché de l'os et adhérent à la dure-mère. Il n'existait pas de fêlure voisine pouvant faire croire à une fracture par propagation. Nous avons, en face de ce cas, interprété la production de la fracture par la théorie hydrostatique (excès brusque de pression au moment de la pénétration du projectile), établie par les expériences de Kocher.

**2. — Bosse des scieurs de long. Exostose sincipitale professionnelle.** *Lyon Médical*, 1886, T. LI.

Cette périostose professionnelle a été signalée pour la première fois par M. le Professeur Poncet en 1880 à l'Académie de Médecine et la même année au congrès de Reims.

Nous avons pratiqué la première autopsie d'une pareille lésion et nous avons présenté à la séance de la Société des Sciences Médicales de décembre 1885 une calotte crânienne sur laquelle existait l'hyperostose professionnelle décrite par M. Poncet sous le nom de bosse des scieurs de long.

**3. — Note sur un cas de calcification de toute une pléïade ganglionnaire cervico-faciale.** (*Lyon Medical*, 1886 page 18 T. LII.)

M. le Professeur Poncet, dont nous avions l'honneur d'être l'interne, attira notre attention sur ce malade qui présentait une pléiade de 28 à 30 ganglions ayant subi l'imprégnation calcaire et occupant les régions parotidienne et sous-maxillaire droite. Ces ganglions enlevés par M. Poncet présentent une forme sphérique, un volume variable d'un noyau de cerise à une grosse noix et une consistance allant de la dureté de la pierre à la mollesse du mastic. Cette adénite était de nature tuberculeuse avec imprégnation calcaire secondaire.

**4. Note sur un cas d'adénome de la glande sous-maxillaire gauche** (*Lyon Médical*, T. L I, page 493, 1888.)

Cette note a trait à un malade opéré par M. Poncet pour une tumeur de la glande sous-maxillaire. Le diagnostic clinique était : tumeur bénigne, à cause de l'évolution lente pendant sept ans et de l'absence d'adhérences périphériques. L'examen histologique pratiqué par M. Bard démontra que le néoplasme était un adénôme de la glande sous-maxillaire. Cette variété de tumeur est assez rare.

**5. — De la tuberculose linguale.** (Revue générale. *Province médicale*, 2 juin 1888.)

Ayant eu l'occasion d'observer dans le service de M. le Prof. Poncet dont nous étions l'interne, un tuberculôme intra-lingual du bord latéral droit de la langue, nous avons trouvé un certain intérêt à faire

une revue générale sur la tuberculose linguale en y ajoutant l'observation de M. Poncet.

On peut se trouver en présence de deux formes de tuberculose linguale :

1° Ulcération tuberculeuse de la langue débutant par la muqueuse et y restant plus ou moins localisée.

2° Tuberculose profonde de la langue que MM. Barth et Berger ont appelée tuberculose parenchymateuse.

Dans l'observation de MM. Barth et Berger il existait plusieurs nodosités linguales intra-parenchymateuses isolées ; dans le cas de M. le Prof. Poncet il n'existait qu'un seul tuberculôme intra-lingual du volume d'une grosse noix mais bosselé, présentant trois nodosités principales, voisines et adhérentes. L'ouverture de ces masses et leur curettage permit d'enlever de petites masses de fongosités infiltrées de pus, vasculaires et adhérentes à de véritables coques formant les parois de ces tumeurs.

Il existait une adénite cervicale strumeuse en collier de la région sous-maxillaire.

Ces formes de tuberculose parenchymateuse de la langue constituant de véritables abcès froids de cet organe sont assez rares pour justifier l'étude que nous en avons faite à propos du malade de M. Poncet.

**6. — Note sur un cas d'adhérence cicatricielle des piliers postérieurs du voile du palais au pharynx à la suite d'une angine variolique. Traitement : Libération des piliers. Prothèse temporaire. — Guérison.** (*Province médicale*, 26 août 1893).

Chez un malade atteint d'atrésie de l'isthme pharyngo-nasal par adhérence du voile du palais au pharynx, à la suite d'une angine variolique, nous avons pratiqué une intervention en deux temps opératoires :

1° Libération des adhérences et mobilisation des piliers et du voile.

2° Application d'un appareil prothétique en caoutchouc vulcanisé, doublant la face postérieure des piliers libérés et du voile, de façon à empêcher de nouvelles adhérences.

Au bout de 25 jours la cicatrisation étant complète, l'appareil prothétique fut enlevé. L'isthme pharyngo-bucco-nasal était redevenu normal et ce résultat s'est maintenu. La gêne fonctionnelle extrême se traduisant avant l'opération, par de la dyspnée et de la dysphagie, a complètement disparu.

7. — **Cancer de la lèvre récidivé et propagé au maxillaire. — Résection de la région maxillo-mentonnière** (peau et maxillaire). — **Autoplastie cutanée et prothèse maxillaire. — Résultats treize mois après. Guérison.** (*Société des sciences médicales* du 16 janvier 1895 et *Province médicale* du 20 janvier 1895.)

Il s'agit d'un malade de 35 ans chez qui nous avons, pour un cancer récidivé de la lèvre inférieure, pratiqué une large intervention : résection du maxillaire inférieure avec la tumeur qui y adhérait solidement en occupant la région antérieure du menton, extirpation des ganglions sous-maxillaires et cervicaux par une incision en collier. L'autoplastie fut difficile et se fit en plusieurs fois.

Après la première intervention faite le 22 décembre 1893, un appareil prothétique provisoire fut placé par M. le Dr Martin, pour éviter le rapprochement des fragments de la portion horizontale du maxillaire réséqué.

Deux mois après, application d'un autre appareil, remplaçant le fer à cheval du maxillaire mais moins en saillie.

Le malade revu 13 mois après l'intervention ne présentait pas de récidive.

La déformation de la région mentonnière était bien atténuée.

En février 1895, nous lui avons encore fait une dernière intervention pour diminuer la profondeur de la commissure labiale droite et libérer les adhérences muqueuses de la région mentonnière de façon à permettre à M. le Dr Martin d'appliquer un appareil définitif, reproduisant sensiblement la saillie du menton et permettant au malade de mastiquer.

Le résultat a été bon au triple point de vue, de la cure radicale du cancer, de l'esthétique et de l'utilisation fonctionnelle.

8. — **Des limites de l'intervention chirurgicale dans le traitement des cancers de la face, propagée au squelette de la région.** (à paraître en juillet 1895, in *Province médicale*.)

Dans ce mémoire entrepris sous la direction de notre maître, M. le professeur Maurice Pollosson, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, nous voulons étudier les indications et les contre-indications opératoires, en présence des cancers de la face ayant envahi le squelette. M. Pollosson et moi, nous avons déjà vingt observations environ dont sept me sont personnelles. Les interventions ont consisté dans l'ablation large des tumeurs avec résection de portions des maxillaires,

désarticulation d'une moitié du maxillaire inférieur dans six cas, quelquefois (un cas de M. Pollosson) résection du maxillaire supérieur et inférieur du même côté, évidement des fosses nasales, etc.

Nous avons des succès au point de vue de la non récidive mais aussi bien des insuccès. Nous suivrons nos malades encore quelque temps avant de conclure. Le cas qui fait l'objet de la note précédente est favorable à l'intervention et appartient à notre série d'observations.

9. — **Du pseudo-lipome de la région sus-claviculaire.** — (*Province médicale*, 21 juillet 1888).

Ayant observé dans le service de notre maître, M. le professeur Poncet, le 8 juin 1888, une malade atteinte de pseudo-lipome de la région sus-claviculaire gauche, nous avons à cette époque fait une revue générale de ce qui avait été publié sur la question.

Nous avons joint à notre revue une seconde observation recueillie sur un de nos amis et confrères d'internat. Nos conclusions sont qu'il existe des pseudo-lipomes du creux sus-claviculaire constitués par du tissu conjontif hyperplasié sous forme de tumeur et plus ou moins infiltré de graisse. Ces tumeurs ne sont pas capsulées, contrairement aux lipomes vrais. Les pseudo-lipomes du creux sus-claviculaire se rencontrent chez les arthritiques et les adipeux.

10. — **Du cancer du corps thyroïde.** (*Province Médicale*, 21 janvier 1885).

Pendant notre internat chez M. le prof. Poncet, nous avons assisté notre maître dans deux interventions dirigées contre des goitres cancéreux. L'observation d'une troisième malade nous suggéra l'idée de cette revue où nous avons étudié la pathogénie du cancer thyroïdien, primitif ou secondaire ou encore consécutif à un goitre, l'anatomie pathologique, et les résultats du traitement opératoire, ces derniers étant peu favorables.

Une bibliographie très complète nous avait permis de mettre la question au niveau de l'état de la science à cette époque.

11. — **Un cas d'exothyropexie** (*Opération de Jaboulay*); (*Archives provinciales de chirurgie*, 1er janvier 1895)

Dans un cas de goitre charnu volumineux et diffus datant de 8 ans, provoquant de la dyspnée, de la dysphagie et de la dysphonie, nous avons pratiqué l'exothyropexie, c'est-à-dire l'exposition au dehors du corps thyroïde goitreux. En pratiquant cette intervention nous avons

été frappé de la bénignité relative de cette opération comparée à la thyroïdectomie. La tumeur avait le volume des deux poings, le lobe médian descendant jusqu'à la fourchette sternale. Les suites immédiates de l'intervention ont été absolument bénignes.

En résumé, l'opération de Jaboulay nous a donné les résultats suivants :

1° Disparition instantanée et définitive de tous phénomènes, dus à la compression exercée par le goitre ;

2° Réduction de la tumeur de la moitié de son volume ;

3° Persistance du goitre réduit de moitié et présence d'une cicatrice à la partie antérieure du cou.

Dans ce cas, l'exothyropexie, si elle ne nous a pas donné pleine satisfaction au point de vue de l'esthétique de la région, nous a permis de faire disparaître la dyspnée, la dysphagie et la dysphonie, seules choses dont se plaignit la malade.

12. — **Des adénites géniennes.** (*Adénites de Poncet*) (*Archives provinciales du chirurgie*, avril 1895.)

Étant interne de M. le professeur Poncet, nous avons pris, en 1884, la première observation d'*adénite génienne*, dont le diagnostic nous fut dicté par notre maître.



*Fig. 1.* — Adénite génienne suppurée froide (L... D...).

Depuis cette époque, M. Poncet a recueilli des faits qui ont inspiré la thèse de son élève Vigier.

Nous-même en avons recueilli un certain nombre que nous avons exposés dans ce travail. Nous y avons joint des photographies absolument démonstratives au nombre de sept.

Il existe dans l'épaisseur de la joue des ganglions qu'on peut, suivant leur siège, classer en massétérins commissuraux et sous, orbitaires. Nous avons observé un assez grand nombre d'adénites de nature différente, soit tuberculeuses, soit septico-inflammatoires (adéo-plegmon génien), soit encore néoplasique, secondairement. Nous donnons ici une photographie d'adénite strumeuse suppurée froide chez un jeune homme (*Fig. 1*).



*Fig. 2.* — Adéno-phlegmon génien gauche; forme infectieuse aiguë (Go... Fr...) (A. Poncet).

Nous avons observé plusieurs cas d'adéno-phlegmons géniens et M. le professeur Poncet nous a donné une photographie qui donne mieux qu'une description l'aspect du malade atteint de semblable affection (*Fig. 2*). Nous recevons assez tôt pour pouvoir les citer ici deux observations dues à M. Vauthey, interne à l'Antiquaille de Lyon, et signalant : 1° une adénite génienne commissurale bilatérale secondaire à un chancre syphilitique de la région médiane de la lèvre supérieure ; 2° une adénite génienne commissurale gauche chez un vieillard atteint de chancre syphilitique au voisinage de la commissure. (Ces faits seront publiés dans la *Gazette des Hôpitaux*.

## ORGANES GÉNITO-URINAIRES FEMME

13. — **Des injections intra-utérines au point de vue obstétrical sous la méthode antiseptique.** (Thèse de Lyon, 5 août 1887.)

14. — **De l'emploi des injections intra-utérines chaudes contre les hémorrhagies post-partum** (*Archives de Tocologie*, novembre 1887).

15. — **Des injections intra-utérines au point de vue obstétrical sous la méthode antiseptique** (Revue générale) (*Province Médicale*, 22 octobre 1887).

Parmi les différentes pratiques dont l'ensemble constitue la méthode obstétricale, il en est une sur laquelle nous avons voulu attirer l'attention, persuadé que son emploi méthodiquement réglé peut rendre les plus grands services à l'accoucheur ; nous voulons parler des injections intra-utérines.

Notre séjour, comme interne, pendant six mois dans le service de la Maternité de l'Hospice de la Charité de Lyon, dirigé par M. le Prof. agrégé Vincent, chirurgien de cet hôpital, nous a permis de constater les excellents résultats obtenus par l'emploi des injections intra-utérines dans les différentes circonstances de l'accouchement. A moins d'indications spéciales, la solution employée a été celle de sublimé à la dose de 0 gr. 50 cgr. pour 1.000 ou pour 2.000. Rappelons que l'emploi du sublimé dans la pratique obstétricale a été introduit en France en 1881 sous le patronage de M. le Professeur Tarnier.

### I

L'emploi des *injections intra-utérines antiseptiques* comme *moyen prophylactique contre la septicémie puerpérale* a donné les meilleurs résultats.

Ces injections faites toutes les fois que l'on peut douter de l'état d'asepsie de la cavité utérine ont été pratiquées sur 525 accouchées. Elles complètent l'ensemble des pratiques antiseptiques obstétricales.

Notre statistique, allant du 1er août 1886 au 21 juillet 1887, nous donne 1.125 accouchements faits à la Maternité de la Charité sans qu'on ait eu à constater un seul cas de *morbidité* par affection septique.

II

L'emploi des *injections intra-utérines antiseptiques chaudes contre les hémorrhagies qui suivent la délivrance* permet de remplir une double indication : faire l'hémostase de l'utérus tout en restant sous le couvert de l'antisepsie.

« Sous l'influence d'une injection de 45 à 50°, dit M. le Prof. Tarnier, les contractions utérines atteignent un degré d'énergie bien supérieur à celui qui est provoqué par le seigle ergoté. Aussi, en employant la méthode des injections intra-utérines contre les hémorrhagies qui suivent la délivrance, je suis arrivé à la suppression à peu près complète du seigle ergoté. »

Dans le service de M. Vincent à la Maternité, nous avons recueilli cinquante-deux observations d'hémorrhagie, après la délivrance, traitées par l'injection intra-utérine antiseptique chaude (de 45 à 50°).

Nous n'avons pas constaté un seul insuccès, aussi n'hésitons-nous pas à recommander ce moyen hémostatique comme le plus puissant dont dispose l'accoucheur.

III

L'emploi des *injections intra-utérines dans le cas de rétention placentaire*, après l'accouchement ou l'avortement de la seconde moitié de la grossesse, devra toujours être tenté avant de recourir à l'extraction manuelle. Dans la majorité des cas, l'injection intra-utérine antiseptique chaude, en réveillant les contractions de l'utérus, a provoqué l'expulsion du délivre ; dans tous les cas elle permet l'expectation en assurant l'asepsie utérine.

Conclusions : L'emploi des injections intra-utérines chaudes antiseptiques paraît indiqué :

1° Pour assurer l'antisepsie de la cavité utérine pendant l'accouchement ;

2° Pour combattre les hémorrhagies de la délivrance ;

3° Pour amener, par l'excitation de l'utérus, l'expulsion du placenta.

16. — **Des différentes méthodes opératoires appliquées à la cure radicale du cancer de l'utérus. Revue statistique.** (*Province médicale*, 17 novembre 1888.)

L'observation dans les services hospitaliers d'un grand nombre de cancers de l'utérus en présence desquels on instituait, soit une inter-

vention, soit un traitement palliatif, nous a suggéré l'idée de faire une revue sur les différentes méthodes chirurgicales appliquées à la cure radicale du cancer de cet organe.

Après avoir étudié un grand nombre de statistiques, nous sommes arrivés à nous abstenir de conclure pour telle ou telle méthode à l'exclusion de l'autre, en citant, en dernier lieu, l'opinion éclectique de M. le Prof. Tillaux, qui est à la fois partisan de l'ablation partielle et de l'hystérectomie totale suivant les cas.

17. — **Note sur un cas d'absence du vagin et de l'utérus, création d'un vagin artificiel.** (*Province médicale*, 8 avril 1893.)

Une jeune femme, mariée depuis trois ans, vient à la Charité alors que nous suppléons M. le Chirurgien-major Levrat ; l'examen permet de constater l'absence de vagin sans autre malformation des organes génitaux externes. Le palper abdominal combiné au toucher rectal montre l'absence de l'utérus et des ovaires. Nous basant sur des considérations d'ordre moral en quelque sorte, la femme se déclarant très malheureuse de n'être pas faite comme les autres et le mari s'associant à sa femme pour réclamer une modification qui lui rendait impossible l'accomplissement de ses devoirs conjugaux, je me décidai à pratiquer une intervention *pro forma*, c'est-à-dire à créer un vagin artificiel. Ce qui fut fait par une incision transversale permettant de décoller le tissu cellulaire entre la face antérieure du rectum et la face postérieure de la vessie. Ce décollement fut pratiqué sur une hauteur de 10 centimètres sans qu'on rencontrât le cul-de-sac péritonéal. Le maintien à demeure d'un pessaire de Gariel d'abord, de tampons cylindriques de gaze iodoformée ensuite, permit d'obtenir une cavité pseudo-vaginale de 8 à 10 centimètres de profondeur.

L'examen pratiqué à quelque temps de là nous fit constater la tendance à l'atrésie de ce vagin artificiel ; néanmoins l'état mental de l'opérée, qui devenait inquiétant avant l'opération par ses tendances lypémaniaques, s'est très amélioré, et l'intervention chirurgicale, quoique imparfaite dans ses résultats, a permis à notre malade de ne plus se considérer parmi ses compagnes comme « une exception ».

18. — **Des corps étrangers de l'utérus.** (*Province médicale*, 1893, 9 mars et mémoire chez Waltener. Lyon, avril 1893.)

A l'occasion d'un fait personnel, nous avons constaté qu'il n'existait dans les récents traités de Gynécologie aucun chapitre sur cette question.

Nous avons réuni un grand nombre d'observations éparses en y joignant nos observations personnelles. Par cette étude, nous avons cherché à combler la lacune que nous avons signalée et nous avons essayé d'écrire le chapitre que nous aurions voulu trouver lors de notre première recherche.

19. — **Accidents du rein mobile chez une femme ayant subi antérieurement la castration. — Néphropexie. Guérison.** (A paraître *Province Médicale*, 25 mai 1895).

Appelé en septembre 1894 à donner des soins à une malade âgée de 40 ans, ayant subi, pour des affections diverses, la castration des annexes d'abord, puis l'hystérectomie vaginale, nous pûmes constater que les symptômes, douleurs reflexes qu'elle éprouvait actuellement étaient dus à un rein droit mobile.

Nous pratiquâmes la néphropexie par le procédé de Tuffier; la malade guérit rapidement.

Depuis l'intervention, les symptômes dus à la néphroptose ont disparu. On ne perçoit plus aucune mobilité du côté du rein fixé.

---

## ORGANES GENITO-URINAIRES HOMME.

20. — **Extraction d'un tuyau de pipe de la vessie par la taille hypogastrique.** Communication à la *Société des Sciences Médicales* du 2 novembre 1892. — *Province Médicale* du 5 novembre 1892.

Cette observation a trait à l'extraction d'un tuyau de pipe introduit dans la vessie pendant des manœuvres de masturbation urétbrale exécutées par un génésique de 20 ans.

Nous fîmes une première tentative de lithotritie, mais le tuyau de pipe en caoutchouc durci ne pût être écrasé. Nous fîmes la taille hypogastrique qui nous permit de ramener avec le doigt le corps étranger.

Le malade guérit rapidement. A propos de cette communication, nous rappelions que l'intervention que nous avions pratiquée paraissait devoir être la méthode choisie, en présence de corps étranger de la vessie.

21. — **Deux cas de cystostomie sus-pubienne chez des prostatiques ayant des corps étrangers dans la vessie.** (A paraître *Province Médicale*, 18 mai 1895).

Dans un premier cas opéré en octobre 1894, il s'agissait d'un vieillard prostatique âgé de 70 ans, apporté presque mourant à l'Hôtel-Dieu, et soigné depuis 18 mois par des catéthérismes avec lavages de la vessie. Obéissant aux indications posées par M. le prof. Poncet en présence de pareils cas, nous fîmes d'urgence la cystostomie sus-pubienne. Nous retirâmes cinq calculs phosphatiques du volume chacun d'une grosse noisette. L'urine s'écoulait librement par l'ouverture sus-pubienne.

L'état général s'améliora rapidement, le malade ressuscita en quelque sorte et actuellement nous apprenons qu'il va bien, mais a de l'incontinence par sa fistule sus-pubienne.

Dans le second cas, on nous amena d'un service de médecine, fin octobre 1894 un malade hémiplégique, cardiaque et albuminurique atteint d'accidents prostatiques en même temps. Depuis son entrée à l'Hôtel-Dieu, c'est-à-dire en avril 1894, on lui faisait des lavages vésicaux. Dans un dernier catéthérisme, une sonde de Nélaton se brisa et la moitié resta dans la vessie.

Considérant qu'il y avait en face d'un pareil malade une double indication à assurer le libre écoulement de l'urine en retirant le corps étranger, nous fîmes, séance tenante, la cystostomie sus-pubienne rapidement et sans anesthésie tellement le malade était faible. Les suites de l'opération furent des plus heureuses. Le malade survécut un mois et demi sans accidents urinaires et mourut des suites des affections médicales multiples dont il était porteur.

22. — **Note sur un cas d'orchite tuberculeuse bilatérale traité par la castration ; suites immédiates et éloignées.** (*Province Médicale*, 12 octobre 1889).

23. — **Deux cas d'orchite tuberculeuse double traités par la castration bilatérale. Résultats éloignés. Guérison.** (*Province Médicale*, 5 novembre 1892).

Le premier cas a été observé par nous dans le service de M. le prof. Poncet, le second nous est personnel ; les deux observations sont identiques. Dans les deux cas, il s'agissait de malades âgés porteurs depuis longtemps de testicules tuberculeux, volumineux et douloureux. Cette affection bilatérale, traitée sans succès depuis plusieurs années, avait

produit chez nos malades les plus fâcheux effets, soit du côté de l'état général, soit du côté de l'état moral. Malgré qu'on eut constaté l'induration des canaux déférents qui ressemblaient à des tuyaux de pipe; malgré la présence d'une tuméfaction légère des vésicules séminales, vue la triste situation imposée aux malades qui étaient devenus incapables de travail, on pratiqua la castration bilatérale avec extirpation du cordon spermatique au ras de l'orifice inguinal; les suites immédiates furent simples et la guérison rapide. Nous avons revu il y a un mois l'opéré de M. Poncet et le nôtre, les résultats éloignés sont encore plus remarquables, l'état de santé est parfait et l'état moral excellent, contrairement à ce que signalent la plupart des auteurs.

---

## CHIRURGIE INTESTINALE.

24. — **Contribution à l'étude de la hernie étranglée** (29 observations personnelles). (*Province Médicale*, 27 avril 1895).

Pendant les trois années que nous avons passées auprès de M. le prof. Maurice Pollosson, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, soit en le suppléant, soit en l'assistant, nous avons eu à donner personnellement des soins à vingt-neuf malades atteints de hernie étranglée.

Dans le mémoire que nous avons publié au sujet de ces cas, nous avons étudié plusieurs faits intéressants. Un cas de mort par anesthésie survenue chez un hernieux au neuvième jour de son étranglement, nous a permis de faire une revue rapide des opinions des chirurgiens lyonnais sur le mécanisme de la mort en pareil cas et nous nous sommes rallié à l'opinion de notre maître M. le prof. Poncet qui l'attribue au shock anesthésique.

Nous avons exposé un cas de *hernie étranglée sans tumeur apparente*, fait à rapprocher d'un cas semblable signalé par M. Poncet.

Une troisième observation a trait à une *hernie inguinale étranglée derrière un kyste dartoïque préherniaire suppuré*. C'est un fait comparable à celui rapporté par M. le professeur Paul Berger à la société de chirurgie en 1892. Dans les deux cas, il existait une cavité close préherniaire en rapport avec l'extrémité du ligament rond et indépendante du sac herniaire.

Une de nos observations a un grand intérêt. Chez une femme atteinte de hernie ombilicale et présentant des symptômes d'étranglement herniaire, l'examen minutieux de l'abdomen nous fit découvrir

une *laparocèle latérale gauche* qui était étranglée, la hernie ombilicale paraissant n'être pour rien dans l'étiologie des accidents. L'opération confirma notre diagnostic et notre malade guérit.

Enfin dans trois cas de *gangrène herniaire* nous avons, suivant les cas, pratiqué des interventions différentes : 1 cas de résection de l'anse gangrenée avec enterorraphie circulaire suivie de guérison; 1 cas d'intervention analogue chez un malade au septième jour de l'étranglement mort par shock dix heures après ; 1 cas de phlegmon stercoral avec perforation traité par l'établissement d'un anus contre nature. Ce dernier malade survécut et plusieurs mois après, M. le professeur Maurice Pollosson lui fit avec mon assistance la cure radicale de l'anus contre nature par excision, résection intestinale et entérorraphie circulaire. Le malade guérit rapidement à la suite de cette seconde intervention. Ces faits montrent qu'en présence d'une gangrène herniaire, notre conduite varie suivant les cas; notre opinion est éclectique et choisit entre l'anus contre nature et la résection intestinale d'emblée suivant l'état général et l'état local.

Dans une dernière catégorie de faits ayant trait à des *hernies ombilicales étranglées*, nous montrons que dans certains cas on peut ne pas pratiquer l'omphalectomie et que même on ne doit pas la pratiquer avant d'avoir cherché à réduire l'intestin par un orifice plus ou moins étroit, s'il en existe une grande quantité en dehors. Une fois la réduction faite, on pratiquera l'oblitération de l'orifice par adossement et sutures à distance de renforcement.

---

## SYSTÈME OSSEUX EN GÉNÉRAL.

**25. Des greffes osseuses. — Des réimplantations osseuses, périostiques et médullaires.** (*Province médicale*, du 17 Mars 1888.)

Ayant collaboré comme interne à la plupart des faits de greffes osseuses pratiquées par notre maître M. le professeur Poncet et exposés par lui au Congrès de Chirurgie de 1886, nous avons publié sur cette question si intéressante une revue générale dans laquelle nous avons en outre résumé les observations des malades soignés par M. Poncet. Ce chirurgien a obtenu de fort beaux résultats par les greffes fragmentaires d'homme à homme, ou d'animal à homme. Il a été, croyons-nous, le premier à faire avec succès une greffe massive représentée par une moitié de phalange du gros orteil qu'il interposa entre les fragments d'un tibia dans un cas de pseudarthrose.

26. — **Notes sur un cas d'ostéomalacie généralisée avec tumeurs kystiques multiples** (*Province médicale*, 15 novembre 1890).

En Juillet 1886 nous présentions à la Société des Sciences Médicales une série de pièces provenant de l'autopsie d'une malade morte en entrant dans le service de M. le professeur Poncet, sans qu'on eut aucun renseignement.

Pendant la vie on avait constaté des tumeurs multiples de l'humérus, du fémur, du bassin avec fractures spontanées.

L'autopsie nous fit découvrir toute une série de lésions intéressantes que nous avons groupées après examen microscopique sous le titre d'ostéomalacie généralisée avec tumeurs kystiques multiples.

L'examen histologique pratiqué sur un grand nombre de points du squelette par M. Bard confirma notre opinion. C'est une forme excessivement rare. Nous avons remis notre observation et un dessin montrant une coupe du fémur à notre maître M. le professeur Poncet qui nous a fait l'honneur de les reproduire dans son article « Ostéomalacie » du traité de Duplay et Reclus.

27. — **Note sur un cas d'ostéomyélite juxta-épiphysaire infectieuse aiguë à début brusque, à forme septico-pyohémique et à évolution rapide compliquée de parotidite double.** (*Province médicale*, 4 août 1894)

Un enfant de 13 ans, bien portant, saute, en jouant, par une fenêtre élevée de un mètre au-dessus du sol, ressent une douleur dans la région malléolaire externe gauche, croit s'être fait une entorse et nous fait appeler 17 heures après l'accident.

Les signes que nous observons nous font diagnostiquer : ostéomyélite infectieuse et la suite nous donne malheureusement raison. Il y eut sept ou huit localisations juxta-épiphysaires et le malade fut emporté le neuvième jour après l'affection. Il existe peu de faits où le début ait été si brusque et à l'occasion d'un traumatisme.

---

## MEMBRE SUPÉRIEUR

28. — **Syphilome para-articulaire de l'extrémité supérieure de l'humérus droit. — Traitement par l'évidement osseux avec arthrotomie de nécessité. — Guérison rapide et définitive. — Résultats éloigués.** (*Province médicale*, 20 octobre 1894).

Chez un homme de 40 ans ayant eu la syphilis bien antérieurement, nous diagnostiquâmes ostéite syphilitique de l'extrémité supérieure

de l'humérus droit. L'échec du traitement ioduré, les douleurs intolérables éprouvées par le malade qui réclamait l'ouverture du point douloureux, le fait que ce point en voie d'évolution était situé au voisinage de l'articulation de l'épaule nous engagèrent à intervenir. Nous trouvions un point d'ostéite de l'humérus avec des caractères tels que nous avons cru pouvoir, ayant les pièces sous les yeux, faire le diagnostic de *syphilome osseux, circonscrit à la période de masticification*. Pour en pratiquer l'évidement il fallut exciser une portion de la membrane capsulo-synoviale de l'épaule. Grâce à l'asepsie de l'intervention et à l'immobilisation du membre opéré, la guérison fut rapide, sans troubles fonctionnels de l'articulation. Elle s'est maintenue depuis.

29. — **Note sur un cas de luxation traumatique de l'os semi-lunaire sur la face palmaire du poignet gauche.** (*Province médicale*, 2 Juillet 1887.)

30. — **Une deuxième observation de luxation de l'os semi-lunaire à travers une plaie de la région antérieure du poignet.** (Extrait du compte rendu de la *Société des sciences médicales. Province médicale* du 14 novembre 1894.)

Le premier fait a trait à un malade observé dans le service de notre maître M. le prof. Poncet, le second nous est personnel. Ces deux cas sont presque identiques : à la suite d'une chute violente d'un lieu assez élevé, sur la paume de la main, placée dans l'extension, l'os semi-lunaire vint se luxer sur la région palmaire du poignet à travers une boutonnière cutanée en restant toutefois adhérent par des débris ligamenteux. L'étude anatomique et expérimentale que nous avons faite de cette lésion nous a permis de lui assigner le mécanisme suivant: l'os semi-lunaire est placé en clef de voûte au sommet du condyle carpien. Dans une chute sur la paume de la main en extension forcée, il est le centre de convergence des pressions qui s'exercent sur l'articulation du poignet. La présence du radius en haut et en avant de la partie supérieure de l'os fait qu'il tend à être énucléé du côté de la face palmaire. En bas il repose sur l'os crochu et le grand os; latéralement il est comprimé par les facettes obliques du scaphoïde et du pyramidal. Il s'échappe par le seul chemin qui lui soit ouvert: la partie antérieure de l'articulation, il est énucléé à la façon d'un noyau de cerise serré entre les doigts. Dans ces deux faits, le premier malade de M. Poncet mourut de tétanos ; nous dûmes chez notre second malade pratiquer la résection du poignet pour une arthrite purulente.

Cette affection paraît s'accompagner toujours de complications graves dues au traumatisme ou à l'infection de la plaie.

31. — **Note sur un cas d'arachement de l'index gauche et des tendons fléchisseurs du doigt.** (*Lyon Médical*, T. II. p. 57. 1886.)

Un malade entré dans le service de M. le prof. Poncet apportait l'extrémité de son index détachéedu doigt et à laquelle étaientattenants le tendon fléchisseur superficiel présentant une longueur de 23 cent. et le tendon du fléchisseur profond ayant 27 cent. de long. Cette pièce représentait une lésion classique dont nous avons signalé plusieurs observations dues à différents auteurs.

32. — **Note sur le mal des confiseurs (onyxis et périonyxis professionnels).** (*Gazette hebdomadaire*, 15 mars 1889.)

**Observations personnelles d'onyxis des confiseurs**, in thèse Chaussende, Lyon, 1889, inspirée par M. le professeur Poncet.

Le 22 janvier 1881, M. le professeur Poncet envoyait à l'Académie de Médecine un pli cacheté contenant une communication sur une variété d'onyxis professionnel propre aux confiseurs, affection non décrite jusqu'à ce jour et dont l'étude était basée sur quatre observations personnelles.

En mars 1889, nous avons publié dans la *Gazette hebdomadaire* une note sur cette affection en relatant la première observation de M. Poncet et une autre à nous personnelle. Depuis nous en avons recueilli de nouvelles publiées dans la thèse de Chaussende dont voici les conclusions :

Cette affection est le résultat des manipulations professionnelles et de l'action des sucs acides des fruits et des sirops de sucre sur les extrémités digitales.

Elle est caractérisée par des lésions inflammatoires du côté des tissus péri-unguéaux et par des altérations des ongles, faits qui nous autorisent à considérer cette affection comme une variété *d'onyxis et de périonyxis professionnels*.

Ces lésions et les déformations qui les accompagnent impriment aux doigts malades des caractères professionnels distinctifs.

Les notions acquises permettront de différencier cette affection de l'onyxis syphilitique avec lequel elle a quelques points cliniques communs.

Des mesures prophylactiques d'hygiène, un traitement approprié peuvent prévenir, atténuer et même faire disparaître les lésions.

## THORAX.

**33. — De l'ostéomyélite typhoïdique des parois thoraciques.** (*Province médicale* 6 avril 1893.)

Ayant observé dans le service de M. le prof. Maurice Pollosson, 4 cas d'ostéite post-typhique des côtes et du sternum, dont deux nous sont personnels, nous avons cru devoir grouper dans un seul chapitre ce qui a trait aux localisations de l'ostéomyélite typhoïdique sur le squelette des parois thoraciques.

Un fait anatomo-pathologique nous a surtout frappé, c'est que ces foyers d'ostéites se développent à la partie centrale de l'os, ce sont des *médullites*, des ostéites hulleuses. En outre les caractères de *coloration rouge-brun* des produits morbides avec un pus à apparences bizarres, *pus sirupeux hémorrhagique*, nous paraissent devoir être signalés comme spéciaux à ce genre d'affection.

Le traitement que nous avons institué a été l'évidement soigneux des foyers; il faut le pratiquer avec soin, largement pour éviter la récidive. A la suite de notre travail nous avons annexé la plupart des faits publiés sur l'ostéomyélite typhoïdique des côtes ou du sternum.

---

## MEMBRE INFÉRIEUR

**34. — Note sur un cas d'arrachement de l'épine iliaque antéro-supérieure par la contraction musculaire du couturier.** (*Province médicale*, 19 novembre 1887).

Pareil fait est rare et intéressant, non seulement parce qu'il s'agit d'une fracture par contraction musculaire, mais encore parce que cette fracture constitue dans notre cas un véritable décollement épiphysaire. Le malade entré dans le service de M. Poncet, suppléé par M. Gangolphe, était âgé de 17 ans. On sait que l'épine iliaque antérieure et supérieure est isolée par une intersection cartilagineuse qui ne s'ossifie que de 20 à 25 ans, c'est un point épiphysaire de l'os iliaque. Cette considération anatomique ajoutée à l'observation clinique nous fait admettre que, au moment de la chute, une violente contraction du muscle couturier a produit l'arrachement de l'épiphyse où siège son insertion supérieure, c'est-à-dire de l'épine iliaque antéro-supérieure.

**35. — Note sur un cas d'ostéome de l'extrémité inférieure du muscle grand adducteur.** (*Province médicale*, 23 août 1890.)

Il y a quelques années Billroth décrivait une variété d'ostéome siégeant à la partie supérieure des muscles adducteurs au voisinage de leur surface d'insertion. Nous avons eu l'occasion d'observer un ostéome développé au niveau de l'extrémité inférieure du tendon du grand adducteur. Notre fait ne mérite peut-être pas vraisemblablement d'être classé avec ceux observés par Billroth et d'autres auteurs, cependant il offre cette analogie de représenter une tumeur osseuse développée sur le trajet d'un muscle. Pendant un exercice de médecine opératoire, en pratiquant l'exploration de la gouttière crurale, pour la ligature de la fémorale à l'anneau, nous sentîmes une tumeur dure, manifestement développée sur le trajet de la corde du tendon du grand adducteur. La région ne présentait pas de déformation apparente et à l'œil il eut été difficile de diagnostiquer la présence de cette tumeur sous la peau. La dissection nous montra la présence d'un ostéome (ostéome hétéroplastique de Billroth) développé dans l'épaisseur du grand adducteur, à trois travers de doigt au-dessus de l'insertion inférieure du tendon. Cette tumeur osseuse affectait la forme d'un fer de flèche triangulaire, à pointe inférieure ayant 4 cent. de côté environ.

L'examen histologique permit de reconnaître sa structure osseuse en même temps que son indépendance vis-à-vis du tissu tendineux et musculaire qui prenaient insertion sur lui. Il s'agit là, croyons-nous, d'un os sésamoïde ayant subi un accroissement anormal et non pas d'une ossification musculaire ; c'est bien plutôt une hétérotopie osseuse qu'une transformation osseuse du muscle et de son tendon.

**36. — Traitement de la tuberculose du genou par les méthodes sanglantes combinées.** (Compte rendu du *Congrès de Chirurgie* de 1894, p. 506.)

Pendant le temps où nous avons eu l'honneur d'être appelé à suppléer nos excellents maîtres MM. les Prof. Maurice Pollosson, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, et Levrat, chirurgien de la Charité, nous avons eu à pratiquer 33 interventions sanglantes sur des genoux tuberculeux. Ce sont les résultats de cette pratique que nous avons exposés au Congrès de chirurgie. Nous avons, à cette occasion, présenté un assez grand nombre de malades, neuf, pendant une séance

présidée par M. le Prof. Tillaux, qui a bien voulu examiner nos opérés. Nous renvoyons pour l'analyse de notre communication au résumé fait plus loin de notre dernier mémoire paru sur le même sujet.

37. — **Un cas d'arthrectomie du genou chez un adolescent.** (*Société des Sciences médicales* du 9 janvier 1895; *Province médicale*, 12 janvier 1895.)

Nous avons présenté le malade qui dans notre mémoire fait le sujet de l'observation XX. Le résultat de notre intervention a paru excellent comme résultat fonctionnel et parfait comme cure radicale de la tuberculose locale.

38. — **Du traitement de la tuberculose du genou par les méthodes sanglantes et plus particulièrement par l'arthrectomie.** (40 observations personnelles). (A paraître en mai et juin 1895 dans les *Archives Provinciales de Chirurgie*).

Ce mémoire n'est que le développement de la communication que nous avons eu l'honneur de faire au Congrès de chirurgie de 1894. Nous y avons joint les pièces justificatives, c'est-à-dire les observations détaillées de nos malades avec un assez grand nombre de photographies.

C'est grâce à l'extrême bienveillance de nos excellents maîtres MM. Maurice Pollosson, chirurgien de l'Hôtel-Dieu et Levrat, chirurgien de la Charité que nous avons pu donner des soins à un aussi grand nombre de malades pendant les quelques années que nous avons passées auprès d'eux soit en les suppléant, soit en les assistant.

Nous avons en présence de 40 cas de tuberculose confirmée du genou pratiqué :

20 arthrectomies chez des enfants ;

4 arthrectomies chez des adolescents ;

4 arthrectomies combinées à la résection intra-épiphysaire chez des adolescents ;

3 arthrectomies chez des adultes ;

9 résections plus ou moins typiques chez des adultes.

Cette énumération montre que nous n'avons pas de parti-pris, que nous ne sommes pas exclusifs dans le choix de l'intervention à opposer à la tumeur blanche du genou ; nous avons cependant cherché à étendre les indications de l'arthrectomie en restreignant celles de la résection.

De nos opérés, deux réséqués sont morts de tuberculose pulmonaire,

trois enfants arthrectomiés d'affection intercurrente ; ces décès n'ont rien à voir avec notre intervention.

Nous n'avons pas cru devoir rapporter les observations de nos sept réséqués survivants, elles n'auraient rien appris qu'on ne sache sur la résection. Disons seulement que cette opération nous a donné de bons résultats.



Arthrectomie chez l'adulte datant de 5 ans.

Nous n'avons perdu aucun opéré du fait de l'intervention ; les suites opératoires ont toujours été simples, sans complications, ni hémorrhagiques, ni septiques.

Dans notre travail, le manuel opératoire a été longuement décrit, nous croyons que de son exécution minutieuse dépendent l'absence

de complications, la possibilité de la cure radicale de la tuberculose locale et la rapidité de l'obtention des résultats immédiats.



Arthrectomie chez l'adolescent.

Résumons brièvement notre statistique suivant la classification par

âge de nos opérés. L'élimination que nous avons faite de cinq décès et de sept cas de résection typique nous laisse vingt-huit malades à examiner.



Arthrectomie chez l'adolescent.

Nous allons donner la résultante de nos observations, à propos de chaque catégorie de malades en suivant les opérations pratiquées.

Chez trois adultes, nous avons fait l'arthrectomie pour des formes synoviales dans deux cas, pour une forme mixte dans l'autre. Les résultats ohtenus sont excellents, une intervention date de 5 ans.

Sur huit adolescents, quatre ont été arthrectomiés, dont un récemment. Les trois autres résultats sont les plus parfaits que nous ayons ohtenus par l'arthrectomie, surtout au point de vue de la forme du genou et du résultat fonctionnel.



Arthrectomie chez l'enfant.

Dans les quatre autres cas de tuberculose du genou chez des adolescents, nous trouvant dans deux cas en présence de déformation de l'article fléchi, dans deux autres en présence de lésions osseuses superficielles en nappe, nous avons pratiqué l'arthrectomie

d'abord, puis nous l'avons complétée par la résection intra-épiphysaire plus ou moins étendue suivant les indications. Nous avons deux cas récents, nos deux autres malades ont de bons résultats, mais le raccourcissement fait qu'au point de vue fonctionnel ils sont inférieurs à ceux obtenus par l'arthrectomie.

En faisant marcher les malades parallèlement, cette constatation est facile.

Chez dix-sept enfants ayant subi l'arthrectomie (8 formes synoviales et 9 formes synoviales et osseuses), nous avons eu de bons résultats immédiats qui peuvent se résumer en : guérison de la tuberculose locale, ankylose rectiligne de l'article.

Mais l'absence de surveillance sur trois malades a laissé se produire de la flexion progressive à laquelle nous avons d'ailleurs rémédié. Cette constatation nous fait jeter un cri d'alarme au sujet des résultats éloignés.

Surveiller les enfants arthrectomiés, ne pas les faire marcher trop tôt ni trop longtemps, renforcer l'ankylose par une genouillère rigide longtemps portée, telles sont les indications que nous avons tirées de notre pratique. Jusqu'à présent, pas de récidive : voilà un point important à noter.

Nous n'avons rien dit, dans notre mémoire, de l'état du membre opéré au point de vue du raccourcissement ultérieur ou du maintien du parallélisme avec le membre sain. C'est dans quelques années que nous aurons à faire, si cela nous est permis, cette constatation.

Comme conclusions générales de ce travail, nous dirons :

1° Que la tuberculose du genou est justiciable de plusieurs traitements. L'intervention sanglante nous paraît devoir être choisie de préférence aux autres lorsqu'on se trouve en présence d'une tuberculose du genou confirmée chez un malade que sa situation sociale condamne au travail, c'est-à-dire au surmenage du membre opéré.

2° Le choix de l'intervention nous paraît devoir se faire entre l'arthrectomie simple ou combinée aux évidements osseux ou encore à la résection suivant l'état du squelette articulaire.

3° L'arthrectomie simple ou combinée aux évidements osseux nous paraît devoir être exclusivement employée chez les enfants.

4° Chez les adolescents, nous conseillons encore l'arthrectomie pour les formes synoviales, l'adjonction des évidements osseux si les lésions du squelette sont limitées. Si l'état du squelette l'exige, on pratiquera l'ablation de tranches osseuses, mais d'une façon absolument économique, pour enlever ce qui est malade sans aller à la recherche de lésions osseuses non apparentes.

5° Chez l'adulte, nous avons obtenu trois excellents résultats par l'arthrectomie opposée à des formes synoviales ou à foyers osseux limités; ces faits sont des documents mais insuffisants pour conclure. Dans cette catégorie de malades, la présence de lésions étendues du squelette obligera le chirurgien à avoir recours à la résection plus ou moins typique.

39. — **De la synovectomie appliquée au traitement de l'arthrite traumatique suppurée subaiguë du genou.** (A paraître dans *Archives Provinciales de chirurgie.*)

Nous avons eu à traiter trois malades porteurs d'arthrite suppurée du genou, à la suite de plaies par instruments piquants.

Dans ces trois cas, dix à quinze jours après l'accident, malgré l'arthrotomie faite pour lutter contre la suppuration de l'article, il persistait des phénomènes généraux assez graves et un état local peu satisfaisant.

Chez notre premier malade, un enfant de 2 ans 1/2, à qui un chirurgien avait déjà fait l'arthrotomie, nous avons fait vers le 15e jour après l'accident la synovectomie du genou, incomplète d'ailleurs puisque nous avons ménagé les ligaments intra-articulaires. La synoviale enlevée était épaisse, infiltrée de foyers purulents. Après l'intervention la température qui variait de 38°5, à 39°5 redevint rapidement normale et la réunion de la plaie fut très rapide. Au bout d'un mois et demi je mobilisai progressivement l'articulation. Au bout de cinq mois le petit malade pouvait courir, se mettre à genoux étendre, fléchir la jambe opérée. C'est presque le retour « ad integrum.»

Cet enfant a été présenté au *congrès de chirurgie* de 1894, pendant une séance présidée par M. le Professeur Tillaux.

Chez un autre malade âgé de 45 ans, cultivateur, assez mal portant, je pratiquai dans les mêmes conditions et pour les mêmes raisons la synovectomie. Je cherchai et j'obtins une ankylose rapide en un mois et demi, qui permit au malade d'utiliser à son gré le membre opéré.

Chez un troisième malade adolescent de 18 ans, qui refusa l'opération proposée, je me bornai à faire l'arthrotomie. Le résultat fut très inférieur aux précédents. Pendant trois mois le malade eut de la fièvre, du gonflement de la région peri-articulaire et de la suppuration de l'article. La cicatrisation malgré les irrigations et pansements antiseptiques, fut très longue à obtenir. La synoviale et le tissu cellulaire péri-

synovial, formant une véritable éponge purulente n'arrivèrent que très lentement à « se purger » des éléments infectieux.

Le résultat fonctionnel fut relativement mauvais, ankylose partielle avec membre difficilement utilisable.

Aussi de l'étude de ces trois cas, je crois pouvoir tirer cette proposition :

Que dans le cas d'arthrite traumatique suppurée on peut faire d'abord l'arthrotomie, pour laisser passer la période aiguë. Si l'état local a peu de tendance à se modifier et entraîne la persistance de phénomènes généraux, quelquefois graves, on doit penser à supprimer le foyer pyohémique, c'est-à-dire la synoviale par la synovectomie, sans chercher, d'ailleurs, à la faire rigoureusement complète.

Chez l'enfant et l'adolescent on aura pour but final le rétablissement des mouvements ; chez l'adulte ou le vieillard, suivant les conditions, on pourra s'en tenir à l'ankylose.

Le Mans. — Typographie Edmond Monnoyer. — Avril 95.